

# DECLARACIÓN SUPLEMENTARIA DE INFORMACIÓN DE LA PERSONA SOLICITANTE DE MEDI-CAL

<b>SÓLO PARA USO DEL CONDADO</b>		
County Number/Aid Code/Case Number		
—	—	—

## PARTE I—INFORMACIÓN PERSONAL

1a. Nombre de la persona solicitante (Apellido, Nombre, Inicial del segundo nombre)		1b. Número de Seguro Social	1c. Fecha de nacimiento
		— —	/ /
1d. Otro(s) nombre(s) que ha utilizado (Apellido, Nombre, Inicial del segundo nombre)		1e. Sexo <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	1f. Estatura Pies _____ Pulgadas _____
			1g. Peso Libras _____
2a. Dirección residencial		Ciudad	Estado      Zona postal
2b. Dirección postal (si es diferente)		Ciudad	Estado      Zona postal
3. Número de teléfono durante el día (____) _____		Marque si es pertinente: <input type="checkbox"/> No tengo teléfono <input type="checkbox"/> Teléfono para mensajes: (____) _____	
		La mejor hora para llamar	
4a. ¿Habla usted inglés? <input type="checkbox"/> Sí    Si es SÍ, pase a la Parte II <input type="checkbox"/> No    Si es NO, ¿qué idioma(s) habla usted?		4b. ¿Tiene usted un(a) intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es SÍ, anote el nombre del/de la intérprete: _____ Número de teléfono del/de la intérprete: (____) _____
			La mejor hora para llamar

## PARTE II - INFORMACIÓN MÉDICA

COUNTY USE ONLY

5. ¿Ha solicitado usted beneficios del Seguro Social por <b>Incapacidad</b> o beneficios del Ingreso Suplementario de Seguridad ( <i>Supplemental Security Income - SSI</i> ) por <b>Incapacidad</b> , en los últimos dos (2) años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es Sí, por favor, conteste lo siguiente: a. Su solicitud de beneficios por Incapacidad del Seguro Social o de SSI: <input type="checkbox"/> ¿Se aprobó? <input type="checkbox"/> ¿Se denegó? <input type="checkbox"/> ¿Está pendiente? <input type="checkbox"/> ¿Está en apelación? <input type="checkbox"/> ¿No se sabe? b. Si se le aprobó o denegó, proporcione la fecha de la decisión más reciente, con respecto a su solicitud de beneficios por incapacidad del Seguro Social o de SSI: _____ c. ¿Ha(n) <b>empeorado</b> su(s) problema(s) médico(s), a partir de la fecha mencionada anteriormente en la sección 5b? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es Sí, por favor, explique: _____ d. ¿Ha tenido usted algún/algunos problema(s) médico(s) <b>NUEVO(S)</b> , a partir de la fecha mencionada anteriormente en la sección 5b, que usted <b>NO</b> tenía cuando se tomó la decisión con respecto a sus beneficios por incapacidad del Seguro Social o de SSI? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No    Si la respuesta es Sí, ¿cuáles son esos problema(s) médico(s)? _____		
6. Enumere todos los problemas médicos (físicos, mentales o emocionales) que le impiden trabajar o atender a sus necesidades personales. (Si es necesario, por favor, adjunte una hoja adicional.)		
<b>PROBLEMA(S) MÉDICO(S)</b>	<b>¿CUÁNDO COMENZÓ?</b> (Mes/Año)	

7. ¿Ha recibido usted tratamiento en una **clínica** u **hospital**, para su(s) enfermedad(es) o lesión/lesiones en los últimos 12 meses?  Sí  No

COUNTY USE ONLY

Si la respuesta es Sí, por favor conteste lo siguiente de manera completa:

Nombre de la clínica/hospital

Paciente/clínica o **número de identificación del miembro**

Número de teléfono de la clínica/hospital

( )

Nombre del/de los médico(s) que consultó

**DIRECCIÓN** de la clínica/hospital (número, calle, suite o despacho) Ciudad

Estado

Zona postal

Fecha de su primera consulta

Fecha de su última consulta

Fecha de la próxima consulta

Motivo de la(s) consulta(s)

MC 220 Signed

¿Pasó usted la noche en el **hospital**?  Sí  No

Si es Sí, fecha(s) en que ingresó: \_\_\_\_\_ fecha(s) en que se le dió de alta: \_\_\_\_\_

¿Se le atendió en la sala de **emergencias**?  Sí  No

Si es Sí, fecha(s) en que se le atendió: \_\_\_\_\_

Enumere **TODOS** los medicamentos que recibió: \_\_\_\_\_

Enumere **TODOS** los tratamientos que recibió y las fechas en que se recibieron dichos tratamientos: \_\_\_\_\_

8. Enumere cualquier **clínica** u **hospital** adicional donde se le haya atendido en los últimos 12 meses.

Nombre de la clínica/hospital

Paciente/clínica o **número de identificación del miembro**

Número de teléfono de la clínica/hospital

( )

Nombre del/de los médico(s) que consultó

**DIRECCIÓN** de la clínica/hospital (número, calle, suite o despacho) Ciudad

Estado

Zona postal

Fecha de su primera consulta

Fecha de su última consulta

Fecha de la próxima consulta

Motivo de la(s) consulta(s)

MC 220 Signed

¿Pasó usted la noche en el **hospital**?  Sí  No

Si es SÍ, fecha(s) en que ingresó: \_\_\_\_\_ fecha(s) en que se le dió de alta: \_\_\_\_\_

¿Se le atendió en la sala de **emergencias**?  Sí  No

Si es SÍ, fecha(s) en que se le atendió: \_\_\_\_\_

Enumere **TODOS** los medicamentos que recibió: \_\_\_\_\_

Enumere **TODOS** los tratamientos que recibió y las fechas en que se recibieron dichos tratamientos: \_\_\_\_\_

*Si a usted se le ha atendido en clínicas u hospitales adicionales en los últimos 12 meses, complete la página 8.*

9. En los últimos 12 meses, ¿le ha atendido algún médico **independiente de la(s) clínica(s) u hospital(es) que usted ya ha enumerado?**  Sí  No

COUNTY USE ONLY

Si la respuesta es NO, pase al número 10. Si la respuesta es Sí, por favor, conteste lo siguiente de manera completa; si consultó a más de un médico, complete la página 8, para toda la información adicional:

Nombre del/de los médico(s)			
Paciente/clínica o <b>número de identificación del miembro</b>		Número de teléfono del médico (      )	
Dirección del médico (número, calle, suite o despacho)		Ciudad	Estado      Zona postal
Fecha de su primera consulta	Fecha de su última consulta	Fecha de la próxima consulta	
Motivo de la(s) consulta(s)			

MC 220 Signed

Enumere **TODOS** los medicamentos que recibió: \_\_\_\_\_

Enumere **TODOS** los tratamientos que recibió y las fechas en que se recibieron dichos tratamientos: \_\_\_\_\_

10. Por favor, indique a continuación, si ha recibido cualquiera de los siguientes exámenes, en los últimos 12 meses. Asegúrese de marcar el SÍ o el No, junto a cada examen. (SI YA PROPORCIONÓ ANTERIORMENTE LA DIRECCIÓN DEL MÉDICO, LA CLÍNICA O EL HOSPITAL, ANOTE SOLAMENTE EL NOMBRE Y LA FECHA.)

EXAMEN QUE SE REALIZÓ	SÍ	NO	NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL CONSULTORIO, CLÍNICA, U HOSPITAL DONDE SE REALIZÓ EL EXAMEN	FECHA (MES/AÑO)
<b>Electrocardiograma (EKG)</b>			Nombre	
			Dirección (número, calle, suite o despacho)	
			Ciudad      Estado      Zona postal	
<b>Máquina Caminadora de Plataforma con Banda</b> (prueba de ejercicio del corazón)			Nombre:	
			Dirección (número, calle, suite o despacho)	
			Ciudad      Estado      Zona postal	
<b>Radiografía del Tórax</b>			Nombre	
			Dirección (número, calle, suite o despacho)	
			Ciudad      Estado      Zona postal	
<b>Examen de la Respiración (PFT)</b>			Nombre	
			Dirección (número, calle, suite o despacho)	
			Ciudad      Estado      Zona postal	
<b>Análisis de Sangre</b>			Nombre	
			Dirección (número, calle, suite o despacho)	
			Ciudad      Estado      Zona postal	
<b>Otro</b> (Especifique)			Nombre	
			Dirección (número, calle, suite o despacho)	
			Ciudad      Estado      Zona postal	

MC 220 Signed

11. ¿Ha recibido usted cualquier otro tratamiento médico o examen en los últimos 12 meses?

Sí  No

COUNTY USE ONLY

Si la respuesta es NO, pase al numero 12.  
Si la respuesta es SÍ, complete la página 8.

12. ¿Hay alguna otra persona (alguna amistad, pariente, trabajador(a) social, consejero(a) de rehabilitación, abogado, terapeuta físico, etc.) con quien nos podamos comunicar, a fin de obtener información con respecto a su enfermedad o lesión y a la manera en la que ésta limita sus actividades diarias o le impide trabajar?  SÍ  No

Si la respuesta es SÍ, por favor enumere a continuación:

Nombre	
Dirección (número, calle, suite o despacho)	
Número de teléfono ( )	Parentesco o relación de esta persona con usted
Nombre	
Dirección (número, calle, suite o despacho)	
Número de teléfono ( )	Parentesco o relación de esta persona con usted
Nombre:	
Dirección (número, calle, suite o despacho)	
Número de teléfono ( )	Parentesco o relación de esta persona con usted

13. Es posible que se le pida que reciba exámenes médicos adicionales, para ayudar a evaluar su(s) problema(s) médico(s). (Estos exámenes son gratuitos para usted.)

¿Está usted dispuesto(a) a que se le realicen exámenes adicionales, si es necesario?  SÍ  No

### PARTE III—INFORMACIÓN SOCIAL Y EDUCATIVA

14. Describa sus actividades diarias y díganos cuánto se limitan sus actividades, a causa su condición.


15. Describa sus antecedentes educativos.

a. Marque el año escolar más alto que terminó usted en la escuela:

1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  11

12 ó  GED (lo mismo que terminar el 12<sup>avo</sup> año)  12+

b. ¿Cuándo terminó? Mes/año: \_\_\_\_\_

c. ¿Tomó clases de educación especial?  SÍ  No

16. ¿Ha hecho algún tipo de trabajo, durante más de 30 días, en los últimos 15 años? (Esto incluye el trabajo que se haya realizado en otro país.)

SÍ  No

Si la respuesta es NO, ignore la Parte IV, pase a la Parte V, en la página 7, para firmar.

Si la respuesta SÍ, conteste la Parte IV, en la página 5, comenzando con el número 17.

**PARTE IV—ANTECEDENTES DE EMPLEO**

COUNTY USE ONLY

17. Describa todos los empleos que usted haya tenido, durante por lo menos de 30 días, en los **últimos 15 años**. Comience con el empleo más reciente. [Si ha tenido más de dos empleos, pídale hojas adicionales a su trabajador(a) del condado.]

a. Nombre del puesto o cargo	Tipo de negocio o empresa		
Fechas que trabajó (mes/año)	Horas por semana	Salario	Por hora/semana/mes:
Desde: _____ Hasta: _____			

**DESCRIPCIÓN DEL EMPLEO** (Esto es lo que hacía y la manera en que lo hacía.)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Estas son las herramientas, máquinas y equipo que usaba:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Me demoró esta cantidad de tiempo aprender a realizar este trabajo: \_\_\_\_\_ día(s) ó \_\_\_\_\_ mes(es).

Escribía, completaba informes o llevaba a cabo tareas similares:  SÍ  No

Tenía responsabilidades de supervisor(a)  SÍ  No

**ACTIVIDAD FÍSICA**

**Marque con un círculo**

En un día regular de trabajo, caminaba esta cantidad de horas: 

0	1	2	3	4	5	6	7	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---

En un día regular de trabajo, permanecía de pie esta cantidad de horas: 

0	1	2	3	4	5	6	7	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---

En un día regular de trabajo, permanecía sentado(a) esta cantidad de horas: 

0	1	2	3	4	5	6	7	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---

En un día regular de trabajo, escalaba o subía (escaleras) con esta frecuencia:

Nunca  Ocasionalmente  Frecuentemente  Constantemente

En un día regular de trabajo, me agachaba con esta frecuencia:

Nunca  Ocasionalmente  Frecuentemente  Constantemente

La carga más pesada que levanté:  10 lbs  20 lbs  50 lbs  Más de 100 lbs

Frecuentemente levantaba/cargaba hasta:  10 lbs  20 lbs  50 lbs  Más de 100 lbs

Cuando usted llevó a cabo este trabajo, ¿tenía alguno de los problemas médicos que tiene ahora?

SÍ  No

Si la respuesta es NO, y usted NO ha tenido otros empleos, pase a la Parte V, en la página 7, para firmar. Si la respuesta es NO, pero usted sí ha tenido otros empleos, pase a la sección 17b, en la siguiente página. Si la respuesta es SÍ, por favor, complete la siguiente información.

Nombre del/de los problema(s) médico(s): \_\_\_\_\_

¿Hizo su patrón o empleador arreglos especiales (como descansos adicionales, equipo especial, cambios en las responsabilidades del empleo, etc.), para que usted pudiera continuar trabajando?  SÍ  No

Si la respuesta es SÍ, describa los arreglos especiales que se hicieron: \_\_\_\_\_

¿Tuvo usted que dejar de trabajar a causa de sus problemas médicos?  SÍ  No

Si la respuesta es SÍ, ¿cuándo? Mes: \_\_\_\_\_ Día: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

¿Ha desempeñado usted **cualquier** otro trabajo, durante más de 30 días, en los **últimos 15 años**?  SÍ  No

Si la respuesta es No, pase a la Parte V, en la página 7, para firmar. Si la respuesta es SÍ, continúe a la sección 17b, en la siguiente página.

17. b. Nombre del puesto o cargo	Tipo de negocio o empresa		
Fechas que trabajó (mes/año)	Horas por semana	Salario	Por hora/semana/mes:
Desde: _____ Hasta: _____			

**DESCRIPCIÓN DEL EMPLEO** (Esto es lo que hacía y la manera en que lo hacía.)


Estas son las herramientas, máquinas y equipo que usaba:


Me demoró esta cantidad de tiempo aprender a realizar este trabajo: \_\_\_\_\_ día(s) ó \_\_\_\_\_ mes(es).

Escribía, completaba informes o llevaba a cabo tareas similares:  Sí  No

Tenía responsabilidades de supervisor(a)  Sí  No

**ACTIVIDAD FÍSICA**

**Marque con un círculo**

En un día regular de trabajo, caminaba esta cantidad de horas: 

0	1	2	3	4	5	6	7	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---

En un día regular de trabajo, permanecía de pie esta cantidad de horas: 

0	1	2	3	4	5	6	7	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---

En un día regular de trabajo, permanecía sentado(a) esta cantidad de horas: 

0	1	2	3	4	5	6	7	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---

En un día regular de trabajo, escalaba o subía (escaleras) con esta frecuencia:

Nunca  Ocasionalmente  Frecuentemente  Constantemente

En un día regular de trabajo, me agachaba con esta frecuencia:

Nunca  Ocasionalmente  Frecuentemente  Constantemente

La carga más pesada que levanté:  10 lbs  20 lbs  50 lbs  Más de 100 lbs

Frecuentemente levantaba/cargaba hasta:  10 lbs  20 lbs  50 lbs  Másde 100 lbs

Cuando usted llevó a cabo este trabajo, ¿tenía alguno de los problemas médicos que tiene ahora?

Sí  No

Si la respuesta es NO, y usted NO ha tenido otros empleos, pase a la Parte V, en la página 7, para firmar. Si la respuesta es NO, pero usted sí ha tenido otros empleos, pídale hojas adicionales a su trabajador(a) del condado. Si la respuesta es Sí, por favor complete la siguiente información.

Nombre del/de los problema(s) médico(s): \_\_\_\_\_

¿Hizo su patrón o empleador arreglos especiales (como descansos adicionales, equipo especial, cambios en las responsabilidades del empleo, etc.), para que usted pudiera continuar trabajando?  Sí  No

Si la respuesta es Sí, describa los arreglos especiales que se hicieron: \_\_\_\_\_

¿Tuvo usted que dejar de trabajar a causa de sus problemas médicos?  Sí  No

Si la respuesta es Sí, ¿cuándo? Mes: \_\_\_\_\_ Día: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

¿Ha desempeñado usted **cualquier** otro trabajo, durante más de 30 días, en **los últimos 15 años**?  Sí  No

Si la respuesta es No, pase a la Parte V, en la página 7, para firmar. Si la respuesta es Sí, pídale hojas adicionales a su trabajador(a) del condado, para completar la información adicional.

## PARTE V—FIRMA Y CERTIFICACIÓN

Declaro, bajo pena de sanción por perjurio, en conformidad con las leyes de los Estados Unidos de América y del Estado de California, que la información contenida en esta Declaración Suplementaria de Información es verdadera y correcta.

Firma de la Persona Solicitante ▶	Fecha
Firma del/de la Testigo (Si la persona solicitante firmó con una equis) ▶	Fecha
Firma de la persona que le ayudó a la persona solicitante a llenar este formulario ▶	Fecha

**Para cada clínica, hospital y establecimiento donde se le realizaron los exámenes que usted enumere, así como para cada médico independiente que usted haya consultado fuera de una clínica u hospital, será necesario que usted firme una autorización para revelación de información. Su trabajador(a) del condado le proporcionará formularios adicionales que usted tendrá que firmar.**

Continuación de la(s) respuesta(s) a la(s) pregunta(s) en la sección 8 de la página 2, la sección 9 de la página 3, y la sección 10 de la página 3. Si necesita más espacio, por favor, pídale hojas adicionales a su trabajador(a) del condado, para completar la información adicional.

COUNTY USE ONLY

Enumere cualquier **clínica** u **hospital** adicional donde haya recibido tratamiento en los últimos 12 meses:

Nombre de clínica/hospital			
Paciente/clínica o <b>número de identificación del miembro</b>		Número de teléfono de la clínica/hospital (    )	
Nombre del (de los) doctor(es) que consultó			
<b>DIRECCIÓN</b> de la clínica/hospital (número, calle, suite o despacho)		Ciudad	Estado      Zona postal
Fecha de su primera consulta	Fecha de su última consulta	Fecha de la próxima consulta	
Motivo de la(s) consulta(s)			
¿Pasó usted la noche en el <b>hospital</b> ?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Si es SÍ, fecha(s) en que ingresó: _____		fecha(s) en que se le dió de alta: _____	
¿Se le atendió en la sala de <b>emergencias</b> ?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Si es SÍ, fecha(s) en que se le atendió: _____			
Enumere <b>TODOS</b> los medicamentos que recibió: _____			
Enumere <b>TODOS</b> los tratamientos que recibió y las fechas en que se recibieron esos tratamientos: _____			

MC 220 Signed

Enumere cualquier médico adicional que usted haya consultado **independientemente de la(s) clínica(s) u hospital(es)** que usted ya haya indicado:

Nombre del/de los médico(s)			
Paciente/clínica o <b>número de identificación del miembro</b>		Número de teléfono del médico (    )	
Nombre del/de los médico(s) que consultó			
<b>DIRECCIÓN</b> del médico: (número, calle, suite o despacho)		Ciudad	Estado      Zona postal
Fecha de su primera consulta	Fecha de su última consulta	Fecha de la próxima consulta	
Motivo de la(s) consulta(s)			
Enumere <b>TODOS</b> los medicamentos que recibió: _____			
Enumere <b>TODOS</b> los tratamientos que recibió y las fechas en que se recibieron esos tratamientos: _____			

MC 220 Signed

Enumere cualquier examen adicional que se le haya realizado en los últimos 12 meses.

EXAMEN QUE SE REALIZÓ	NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL CONSULTORIO, CLÍNICA U HOSPITAL DONDE SE REALIZARON LOS EXÁMENES.	FECHA (MES/AÑO)
	Nombre	
	Dirección (número, calle, suite o despacho)	
	Ciudad      Estado      Zona postal	
	Nombre	
	Dirección (número, calle, suite o despacho)	
	Ciudad      Estado      Zona postal	

MC 220 Signed

MC 220 Signed